

برنامـج التعليمـي الخاص الابتدائـي (IEP)



مكتب التعليم الخاص
وخدمات التدخل المبكر

STATE BOARD OF EDUCATION

KATHLEEN N. STRAUS – PRESIDENT • SHARON L. GIRE – VICE PRESIDENT
CAROLYN L. CURTIN – SECRETARY • HERBERT S. MOYER – TREASURER
MARIANNE YARED MCGUIRE – NASBE DELEGATE • JOHN C. AUSTIN • ELIZABETH W. BAUER • EILEEN LAPPIN WEISER
GOVERNOR JENNIFER M. GRANHOLM – EX-OFFICIO

THOMAS D. WATKINS, JR.
SUPERINTENDENT OF PUBLIC INSTRUCTION

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
“Show me how this helps teachers teach and children learn.”

MICHIGAN DEPARTMENT OF EDUCATION DECISION MAKING RULER - 2001



أبريل (نيسان) 2003

تقرير فريق برنامج التعليم الخاص (IEPT)

| | | | |
|-------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| النوع: | تاريخ الميلاد: | تاريخ أحدث/أول إعادة تقييم ببرنامج | تارikh برنامج التعليم الخاص: |
| رقم هوية التلميذ: | الصف: | التعليم الخاص: | تارikh برنامج التعليم الخاص السابق: |
| اسم الأوسط: | الاسم الأول: | اسم عائلة التلميذ: | |
| | مدينة: | العنوان: | |
| رقم الهاتف: | المقاطعة: | الرمز البريدي: | ولاية: |
| | المنطقة المسؤولة: | منطقة الاقامة: | |

الهدف من اجتماع فريق برنامج التعليم الخاص (أشر على واحدة من النقاط التالية):

- تقرير الأحقيّة الأولى
- مراجعة برنامج التعليم الخاص
- إعادة التقييم
- إضافة/تغيير تقييم الإعاقة
- غيره (حدد): _____

أعضاء فريق برنامج التعليم الخاص المشتركون في الاجتماع

أشر على المربع للإشارة إلى عضو الفريق الذي يستطيع شرح المتطلبات التعليمية المتوقفة على نتائج التقييم.
شر على الدائرة للإشارة إلى عضو الفريق الذي لاحظ التلميذ المشكوك في أن لديه عجز تعليمي.

| | اللّمـيـد |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | أستاذ التعليم العام |
| <input type="radio"/> | الوالـد |
| <input type="checkbox"/> | أستاذ التعليم الخاص |
| <input type="radio"/> | الوالـدة |
| <input type="checkbox"/> | ممثل/مفوض مؤسسة التعليم العام |
| <input type="radio"/> | |

توقيعات المشاركون مطلوبة لتأكيد القرار المتعلق بوجود عجز طبقاً للمادة R340.1713. وأي عضو لا يوافق على القرار عليه تقديم بيان منفصل يشرح فيه النتيجة التي توصل إليها.

استحقاق التعليم الخاص: قرر فريق برنامج التعليم الخاص أن هذا التلميذ: غير مستحق مستحق الشروط
الإعاقة الأولى: _____
الإعاقة الثانوية، إن وجد: _____

أشر على أي من النقاط التالية. «الاحتياجات» في أي من النقاط التالية تتطلب تعليق منفصل في المكان الشخصي للتعليقات فيما بعد:

- احتياجات الاتصال للتلميذ
- تدخل السلوك الإيجابي والدعم والاستراتيجيات للتلميذ الذي يعوق سلوكه عملية التعلم
- الاحتياجات اللغوية للتلميذ الذي لا يجيد اللغة الإنجليزية
- تعليم برايل للتلاميذ المكفوفين أو المصابين بعجز بصري
- وسائل الاتصال واللغة للتلاميذ الصم أو المصابين بعجز سمعي
- الاحتياج إلى خدمات أو أدوات تقنية مساعدة

أشر على أي من النقاط التالية واذكر التعليق المناسب:

- تفضيلات واهتمامات التلميذ.
- نقاط القوة لدى التلميذ.
- تعليمات الوالدين وتحفظاتهم من أجل تحسين تعليم التلميذ.
- نتائج التقييم الأولى أو أحدث تقييم للتلميذ.
- مدى التقدم في الأهداف السنوية لبرنامج التعليم الخاص الحالي.
- مدى التقدم في المنهج العام.
- نتائج التلميذ في امتحانات الولاية و/أو المنطقة التعليمية.
- الاحتياجات المحتملة للتلميذ أو أمور أخرى.

Student:

Birthdate:

IEP Date:

المستوى الحالي للأداء التعليمي - ما هو مستوى أداء التلميذ، وكيف تؤثر الإعاقة على مستوى اندماجه وتقدمه في المنهج العام (أو الأنشطة المناسبة للتلاميذ الحساسة)؟

الحد الأدنى من القيود - هذا التلميذ سوف:

- يشارك بشكل كامل مع التلاميذ غير المعاقين في مناخ التعليم العام باستثناء الوقت الذي يقضيه في برامج/ خدمات التعليم الخاص المقدمة خارج صف التعليم العام كما يحددها برنامج التعليم الخاص هذا.

نعم لا (إشرح):

- يندمج اندماج كلي في المنهج العام.
 نعم لا (إشرح):

- تكون لديه نفس الفرصة المتاحة للتلاميذ التعليم العام في المشاركة في الأنشطة الغير أكademية واللامنهجية.(رياضية، ترفيهية، إلخ.)
 نعم لا (إشرح):

مساعدات/ خدمات/ دعم فردي إضافية

| الموقع | الوقت/ عدد المرات/ الظروف | مساعدات/ خدمات/ دعم إضافية |
|--------|---------------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

جميع المساعدات/ الخدمات/ الدعم الفردي الإضافية المذكورة أعلاه سوف تبدأ في تاريخ بدء برنامج التعليم الخاص وتستمر لمدة العام الدراسي ، تتماشى مع السنة الدراسية المتفق عليها من قبل المنطقة التعليمية. اذكر فيما يلي أي استثناءات لتاريخ البدء أو الانتهاء والموقع المذكورة أعلاه. حدد الشهر/ اليوم/ السنة.

Student:

Birthdate:

IEP Date:

الأهداف السنوية وأهداف المدى القصير

بيانات مستوى الأداء الحالي:

الهدف السنوي:

| الجدول | المعايير | التقييم | أهداف المدى القصير (اثنين لكل هدف سنوي على الأقل) |
|------------------------------|----------|--------------|---|
| | | | .1 |
| | | | .2 |
| | | | .3 |
| تعليقات/بيانات عن مدى التقدم | | | التاريخ |
| | | الحالة هدف 3 | |
| | | الحالة هدف 2 | |
| | | الحالة هدف 1 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

بيانات مستوى الأداء الحالي:

الهدف السنوي:

| القيمة | A أداء التلميذ اليومي | D الملاحظات المسجلة | R جدول العلامات | T الامتحان الموحد | O غيره (حدد أعلاه) |
|--------|-------------------------------|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| النوع | A أداء التلميذ اليومي | D الملاحظات المسجلة | R جدول العلامات | T الامتحان الموحد | O غيره (حدد أعلاه) |
| النوع | W أسبوعي | D يومي | M شهري | G فترة العلامات | O غيره (حدد أعلاه) |
| النوع | % دقة | — من — معدل | مستوى إنجاز غيره (حدد أعلاه) | غيره (حدد أعلاه) غيره (حدد أعلاه) | غيره (حدد أعلاه) غيره (حدد أعلاه) |
| النوع | 1. تم إنجازها/ المحافظة عليها | 2. جاري التقدم بمعدل كافي لتحقيق الهدف السنوي | 3. جاري التقدم بمعدل أقل مما يكفي للوفاء بالهدف السنوي (إشرح أعلاه) | 4. لا ينطبق على فترة التقرير الحالية | 5. غيره (حدد أعلاه) |
| النوع | الحالات | الحالات | الحالات | الحالات | الحالات |

Student:

Birthdate:

IEP Date:

التقرير عن مستوى التقدم: يتم إعلام الوالدين بشكل منتظم خطياً عن مدى التقدم المحرز في أهداف برنامج التعليم الخاص هذا وذلك في فترات التقارير المنتظمة والمنطبقة على طلاب التعليم العام. تقارير إضافية: متى: كيف:

برامج/خدمات التعليم الخاص

هل هناك حاجة إلى معلم ذو تأهيل خاص؟ لا نعم، حدد برنامج الموارد فقط - هل هناك حاجة إلى معلم استشاري ذو تأهيل يتوافق مع إعاقة التلميذ؟ لا نعم برنامج إداري (R 340.1749c)

| الموقع | عدد المرات والمدة | برامج/خدمات التعليم الخاص رقم مادة القانون |
|--------|-------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

جميع البرامج والخدمات المذكورة أعلاه سوف تبدأ في تاريخ بدء برنامج التعليم الخاص وتستمر لمدة سنة مطابقة لتقدير المنشأة التعليمية.
 يتم تقديم خدمات السنة الدراسية المطلوبة فقط إذا قرر فريق برنامج التعليم الخاص ضرورتها لتقديم تعليم عام مجاني مناسب. اذكر فيما يلي أي استثناءات لتواريخ البدء والانتهاء والموقع المذكورة أعلاه. حدد الشهر/اليوم/السنة.

بحاجة إلى وسيلة نقل خاصة: لا نعم، حدد:
 تلاميذ المدارس غير العامة - حدد البرنامج/الخدمات التي تعرضها المنشأة التعليمية ولكن لا تقدمها لأن الوالد اختار تسجيل ولده في مدرسة غير عمومية:

يدرج التلميذ في نظام التقييم التعليمي لولاية ميشيغان (MEAS) وفي تقييم المنشأة التعليمية/* NAEF كما يلي:

نظام تقييم MEAP ونظام MI-Access لا تقدم في الصفوف التي يغطيها برنامج التعليم الخاص هذا.

| | | | |
|---|---|------------------|-----------------|
| مواءمة المعايير؟ | إذا كانت الإجابة نعم، اذكر طرق مواءمة التقييم المناسب إذا دعت الحاجة إليها إذا كانت الإجابة لا، اذكر لماذا اعتبر امتحان المادة من نظام تقييم (MEAP) غير مناسب واذكر التقييم البديل/تقييم MI-Access المناسب | هل التقييم مناسب | نظام تقييم MEAS |
| برنامِج التقييم التعليمي لولاية ميشيغان (MEAP) | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | اللغة الإنجليزية وفنونها |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | الرياضيات |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | العلوم |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | الدراسات الاجتماعية |

| | | |
|--|--------------------------|------------------|
| نظام تقييم التعليمي البديل لولاية ميشيغان | <input type="checkbox"/> | مؤهل للمرحلة 2** |
| | <input type="checkbox"/> | استقلال مدعم |
| | <input type="checkbox"/> | مشاركة |

** بالنسبة للتلاميذ المؤهلين للمرحلة 2 حدد أدوات التقييم الموحدة الأخرى التي يأخذها التلميذ.

نظام تقييم المنشأة التعليمية/NAEP لا تقدم في الصفوف/الأعمار التي يغطيها برنامج التعليم الخاص هذا

| | | |
|--|------------------|-----------------------------------|
| إذا كانت الإجابة نعم، اذكر طرق مواءمة التقييم المناسب إذا دعت الحاجة إليها إذا كانت الإجابة لا، اذكر لماذا اعتبر نظام تقييم المنشأة التعليمية/NAEP غير مناسب واذكر التقييم البديل | هل التقييم مناسب | نظام تقييم المنشأة التعليمية/NAEP |
| النظام الوطني لتقييم التقدم التعليمي - NAEP | | |

* NAEP - النظام الوطني لتقييم التقدم التعليمي

Student:

Birthdate:

IEP Date:

توقيعات الالتزام

يمكن لأي من أعضاء فريق برنامج التعليم الخاص تقديم ورقة معارضة لإرفاقها بتقرير فريق برنامج التعليم الخاص هذا.

المنطقة التعليمية - مدير المنطقة التعليمية/نائب عن المنطقة (علم على جميع ما ينطبق):

- يطلب جلسة استماع فيما يتعلق بالإجراءات
- لا يوافق مع برنامج التعليم الخاص و:
- يصرح للمنطقة التعليمية الخارجية المنفذة بعقد اجتماعات تالية لفريق برنامج التعليم الخاص وتنفيذها.
- يطلب الوساطة
- يوافق على أن التلميذ لا تنطبق عليه الشروط المطلوبة للتعليم الخاص.

التاريخ:

شهر/يوم/سنة

مدير المنطقة التعليمية أو نائب عنه

توقيع:

المنطقة التعليمية الخارجية المنفذة - مدير المنطقة التعليمية/نائب عن المنطقة (علم على جميع ما ينطبق)

- يطلب جلسة سماع قانونية فيما يتعلق بالإجراءات
- لا يوافق مع برنامج التعليم الخاص و:
- يوافق على عقد اجتماعات تالية لفريق برنامج التعليم الخاص.
- يوافق على أن التلميذ لا تنطبق عليه الشروط المطلوبة للتعليم الخاص.
- يطلب الوساطة

التاريخ:

شهر/يوم/سنة

مدير المنطقة التعليمية أو نائب عنه

توقيع:

متطلبات المنطقة التعليمية المنفذة - على مدير المنطقة التعليمية المنفذة أو النائب عنه ضمان الآتي:

أ. إلى أقصى درجة ممكنة، فإن الفرد المعاق، بما في ذلك الأشخاص المسجلين في المؤسسات العامة أو الخاصة أو مرافق الرعاية الأخرى، يتم تعليمه مع أشخاص غير معاقين.

ب. إدراج الفرد المعاق في صفوف خاصة، أو مدارس خاصة، أو نقل تلميذ معاق من بيئه التعليم العام يحدث فقط عندما تجعل طبيعة وحدة الإعاقه التعليم في صفوف عاديه باستخدام مساعدات وخدمات إضافية غير ممكن التنفيذ بطريقة مرضية.

ج. يتم إدراج التلميذ في أقرب مكان ممكن ل محل إقامته.

د. ما لم يتطلب برنامج التعليم الخاص لتمييز معاق أي ترتيبات أخرى، فإن التلميذ يتم تعليمه في المدرسة التي كان سيذهب إليها لو لم يكن معاقاً.

هـ. عند اختيار الحد الأدنى من القيود، يوضع في الاعتبار أي تأثيرات ضارة على التلميذ أو على نوعية الخدمات التي يحتاجها التلميذ.

وـ. لا ينقل التلميذ الذي لديه عجز من التعليم في الصفوف العاديه فقط بسبب الحاجة إلى تكيف (مواهمه) في المنهج العام.

المؤسسة المسؤولة عن التنفيذ: _____

موقع التنفيذ الأولي:

تاریخ البدء (شهر/يوم/سنة): _____

تاریخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة): _____

التوقيع:

مدير المنطقة التعليمية أو النائب عنه

التاريخ:

شهر/يوم/سنة

موافقة الراسد على برنامج التعليم الخاص - لقد أعلمت بجميع الإجراءات والاحتياطات الإجرائية ومصادر الحصول على مساعدة، و:

- أنا أفهم محتويات برنامج التعليم الخاص هذا.
- لا أافق مع برنامج التعليم الخاص هذا و:
- أطلب الوساطة
- أطلب وساطة جلسة سماع قانونية فيما يتعلق بالإجراءات.
- لا أافق، ولكن سأسمح بتنفيذ برنامج التعليم الخاص هذا.
- أافق على برنامج التعليم الخاص وتنفيذها.
- أافق على أن التلميذ لا تنطبق عليه شروط التعليم الخاص.

التاريخ: _____

شهر/يوم/سنة

توقيع: _____

الراسد المقدم الموافقة على البرنامج

توقيع التلميذ: _____